

S3-Leitlinie Geschlechtsinkongruenz, -dysphorie und Trans-Gesundheit

# Individuelle Lösungen statt festgelegter Therapieschemata

Lange gefordert, endlich umgesetzt: 97 Statements und Empfehlungen sowie umfassende Hintergrundtexte enthält die neue S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit, die unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung entwickelt wurde. Die Leitlinie stellt umfassende inhaltliche Informationen zur Verfügung und gibt zudem klare Orientierungspunkte für die psychiatrische Praxis.

PETER-CHRISTIAN VOGEL

**D**as Phänomen Transsexualität, nach neuer wissenschaftlicher Terminologie als Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie bezeichnet, hat in den letzten Jahren intensiv nicht nur Fachleute, sondern auch den öffentlichen Diskurs bewegt. In allen Medien wurden Situation und Lebenswege Betroffener dargestellt, und es wurde kontrovers über die medizinische und psychologische Begleitung Betroffe-

ner sowie die Entpathologisierung des Phänomens insgesamt berichtet.

Aufsehen erregten Trends einer massiven Zunahme geäußerter Wünsche nach Geschlechtswechsel, insbesondere bei Jugendlichen. So berichtete aktuell Zeit online, dass in Schweden die Zahl der Trans\*-Jungen – also Jugendlicher, die als Mädchen geboren wurden – zwischen 2008 und 2018 um 1.500% gestiegen ist [1].

In einer kürzlich von Wiepjes veröffentlichten Studie der Amsterdamer Rijs-Universität wurde eine erhebliche Zunahme der Prävalenz transsexueller Personen in den Niederlanden festgestellt [2]. Åhs et al. teilten 2018 als Ergebnisse einer in der städtischen Region von Stockholm durchgeführten Kohortenstudie mit, dass 2014 in den Fragenkatalog, der circa 50.000 Personen zwischen 18 und 84 Jahren vorgelegt wurde, drei

Schon in sehr jungen Jahren können sich Störungen in der Geschlechtsidentität offenbaren.

© Ekaterina / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)



Fragen zur Geschlechtsidentität aufgenommen wurden [3]. Dabei fand sich eine Prävalenz für den Punkt „I would like to change my body with hormones or surgery to be more like someone of a different sex“ von 0,5 %, mit einem Wert von 1,0 % für die Kohorte 22 bis 29 Jahre und 0,6 % für die Kohorte 45 bis 66 Jahre. Den Punkt „I feel like someone of a different sex“ bejahten 2,3 %, mit einem Schwerpunkt von 4,0 % bei den 22- bis 29-Jährigen. Den Punkt „I would like to life as or be treated as someone of a different sex“ bejahten 2,8 %, auch hier mit einem Schwerpunkt von 6,3 % bei den 22- bis 29-Jährigen. Entsprechende Zahlen liegen für die Prävalenz in Deutschland nicht vor.

Zu den aus Schweden zitierten Zahlen ist zu beachten, dass es sich hier um eine innerstädtische Bevölkerung mit einem Anteil von 49,6 % Hochschulabsolventen handelte.

### Entstehung und Entwicklung der Leitlinie

Eine Neuformulierung der Behandlungsstandards beziehungsweise die Erarbeitung einer Leitlinie wurde in Deutschland seit Jahren gefordert. Bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der neuen S3-Leitlinie zur Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheitsversorgung [4] galten die Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS), der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft [5].

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beurteilt der Medizinische Dienst, regional etwas unterschiedlich in der Auslegung, Anfragen zur Kostenübernahme somatischer Behandlungen immer noch nach der Begutachtungseleitlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) von 2009. Darin wird weiterhin ein sogenannter Alltagstest in der Regel von mindestens zwölf Monaten sowie eine Phase von Diagnostik und Behandlungsplanung sowie Psychotherapie von 18 Monaten Dauer für die Kostenübernahme gefordert. Vor diesem Hintergrund wurde auf Initiative der DGfS 2012 mit der Entwicklung der

Leitlinie unter methodischer Begleitung durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) begonnen.

Die in dieser Leitlinie ausgesprochenen Empfehlungen wurden im Rahmen des Konsensusprozesses nach systematischer Recherche auf empirischer Evidenz entweder als evidenz- oder als konsensbasierte Empfehlung formuliert.

Moderiert wurde die Erarbeitung der Leitlinie durch die AWMF, koordiniert durch Dr. T. Nieder vom Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, und Prof. Dr. B. Strauß von der Universität Jena [6]. In der Konsensgruppe waren unter anderem auch der BVDN und der BVDP vertreten.

### Paradigmenwechsel hin zur individualisierten Vorgehensweise

Die am 9. Oktober 2018 nach methodischer Prüfung von der AWMF veröffentlichte Leitlinie wird oft mit dem Begriff Paradigmenwechsel assoziiert. Dies kennzeichnet im Wesentlichen zutreffend die Abkehr von der bisherigen, an Zeiträume gebundenen Kaskade von Diagnostik und Therapie hin zu einer individualisierten Vorgehensweise, fallbezogen entwickelt in einem Entscheidungsprozess zwischen behandlingssuchenden Personen und Behandlern.

Bei der Diagnostik bezieht sich die S3-Leitlinie inhaltlich auf die Kategorien des DSM-V und des zu erwartenden ICD-11. Sie ist formuliert auch für Behandlungssuchende, die sich als non-binär definieren.

### Reaktionen und Auswirkung

Die bisherigen Reaktionen auf die Schwerpunktsetzung der Leitlinie waren unterschiedlich. In einer Stellungnahme kritisierte die Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft e. V. (DGSMTW) eine fehlende „medizinisch-notwendige Binnendifferenzierung“ und den „Verzicht auf jegliche Alltagsprobung“. Zur Unsicherheit führte auch die Öffnung für non-binäre Behandlungssuchende. Hier spielen möglicherweise auch durch die dahinterstehende veränderte Konstruktion des Begriffs der Geschlechter ausgelöste Gegenübertragungspänomene eine Rolle.

Es wird zu beobachten sein, inwiefern die Kategorie der Geschlechtsinkongruenz sozialrechtlich noch eine Basis für Krankenbehandlung nach § 27 SGB V auslösen wird.

### Zentrale Empfehlungen und ihre Relevanz für die Praxis

Die Leitlinie ist in neun Kapitel mit Unterkapiteln gegliedert. Sie enthält insgesamt 97 Statements und Empfehlungen, in zwei Drittel der Fälle mit starkem Konsens (95 % der beteiligten Fachgesellschaften, ansonsten mit Konsens 75 %). Neben den Empfehlungen enthält die Leitlinie umfassende Hintergrundtexte, die die wesentlichen Ergebnisse der wissenschaftlichen Literaturrecherche darstellen. In den Hintergrundtexten werden auch unterschiedliche Ergebnisse und Bewertungen verschiedener Autoren diskutiert.

Ziele bei der Erstellung der Leitlinie waren evidenzbasierte Empfehlungen hinsichtlich Beratung, Diagnostik, Psychotherapie und somatischer Behandlung zur Geschlechtsmodifizierung, ein erleichterter Zugang zur medizinischen Versorgung, die Unterstützung, um das individuell empfundene Geschlecht selbstbestimmt leben zu können, die Erleichterung individueller Lösungen statt festgelegter Behandlungsschemata und die Vermeidung von Fristen und festgelegten Wartezeiten für bestimmte Behandlungsverfahren.

### Empfehlung zur therapeutischen Haltung

Zur therapeutischen Haltung wurde folgende, konsensbasierte Empfehlung gegeben: „Entscheidungen über die Notwendigkeit und die Reihenfolge der Behandlungsschritte sollten partizipativ im Sinne einer Übereinstimmung zwischen Behandlungssuchenden und Behandelnden getroffen werden. Sollte im Einzelfall eine Übereinstimmung nicht herstellbar sein, so sollten die Gründe dafür transparent dargelegt werden.“ Dieser Empfehlung konnte der Bundesverband Trans\* (BVT), der in der Konsensusgruppe vertreten war, nicht zustimmen und beantragte ein Sondervotum mit folgendem Wortlaut: „Wenn eine Trans\*-Person einwilligungsfähig ist und den Umfang und die Konsequenz

der Behandlung verstanden hat, sollte die informierte Entscheidung im Sinne eines Informed Consents über die Notwendigkeit und die Reihenfolge der Behandlungsschritte allein bei ihr liegen.“ Mit diesem Sondervotum fordert der Bundesverband Trans\*, dass die Entscheidungshoheit ausschließlich bei den Behandlungssuchenden selbst liegt. Hier kommt ein Dissens zum Ausdruck, der sich bisher nicht hat lösen lassen.

### Empfehlung zum diagnostischen Vorgehen

Zum diagnostischen Vorgehen wird in der Leitlinie folgende, konsensbasierte Empfehlung gegeben: „Im Rahmen der Diagnostik und individuellen Behandlungsplanung soll eine Anamneseerhebung erfolgen, die die psychosexuelle Entwicklung, Sozialanamnese, biografische Anamnese und medizinische Anamnese umfasst, sowie der psychische Befund erhoben werden.“

Evidenzbasiert mit Evidenzgrad III wird folgende, weitere Empfehlung gegeben: „Geschlechtsinkongruenz vor der Pubertät, Pubertätsentwicklung, Geschlechtsidentität, Partnerschaften, Finden von Selbstbezeichnungen, Coming-out, Erfahrungen von Stigmatisierung und Diskriminierung, familiäre und gesellschaftliche Einflüsse, bisherige Erfahrungen im Gesundheitswesen, selbst angestrebte Maßnahmen zur Reduktion der Geschlechtsdysphorie, Ressourcen“ sollten enthalten sein.

Des Weiteren wird konsensbasiert empfohlen: „Es sollte erfasst werden, ob die Geschlechtsinkongruenz und/oder die Geschlechtsdysphorie konstant zumindest seit einigen Monaten bestehen, vorübergehend oder intermittierend ist.“

### Hinweise zur Differenzialdiagnose

An die Empfehlungen zur Diagnostik schließen sich Hinweise zur Differenzialdiagnose an. In diesen Empfehlungen kommt zum Ausdruck, dass – im Gegensatz zu bisherigen Vorgehensweisen – andere psychische Störungen, zum Beispiel eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, nicht mehr als Ausschlusskriterium für Geschlechtsinkongruenz/ Geschlechtsdysphorie gelten. Dies kommt zum Ausdruck in folgendem, konsensbasiertem Statement: „Bei jeder

### Auszüge aus der MDS-Begutachtungsanleitung (MDS-BGA) vom 31. August 2020 „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“

Wesentliche Grundsätze der MDS-BGA 2020:

- Die MDS-BGA trifft keine Regelungen für die Begutachtung bei Kindern und Jugendlichen.
- Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften bestimmen nicht den Umfang der Leistungen gesetzlicher Krankenkassen (BSG-Urteil vom 30.6.2009, B1 KR 5/09 R).
- Aus den Gutachten nach dem TSG lassen sich keine medizinischen Indikationen herleiten.
- Der Krankheitsbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfordert einen Leidensdruck (BSG-Urteil vom 6.8.1987, 3 RK 15/86).
- Die Diagnose Transsexualismus nach ICD-10 ist weiterhin sozialrechtlich bindend.
- Eine non-binäre Geschlechtsidentität gilt nicht als Transsexualismus im Sinne der MDS-BGA.
- Geschlechtsangleichende Behandlungen werden weiterhin als „ultima ratio“ und nicht als Mittel der ersten Wahl angesehen.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen sind weiterhin verpflichtend. Sie werden nicht eingesetzt, um die Geschlechtsidentität zu ändern, sondern um die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bedürfen stets einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Indikation (durch Fachärztinnen und Fachärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten).

Bevor geschlechtsangleichende Behandlungen eingeleitet werden, sind entweder

- eine mindestens 6-monatige Psychotherapie mit 12 Sitzungen à 50 Minuten (KZT) oder
- eine psychiatrische/psychosomatische Facharztbehandlung beziehungsweise eine Behandlung in einer spezialisierten Hochschuleinrichtung mit vergleichbarem Umfang erforderlich.

Hormonbehandlungen setzen keinen 12-monatigen Alltagstest mehr voraus.

Stimmtherapie (Logopädie) kann wie bisher im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie verordnet werden.

Epilationsbehandlungen können ohne vorgeschaltete Hormonbehandlungen durchgeführt werden. Es wird auf die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verwiesen.

Eine Mastektomie ist bei entsprechender Begründung nach 6-monatiger Psychotherapie möglich.

Ein operativer Brustaufbau erfordert eine mindestens 2-jährige feminisierende Hormontherapie und wird nur dann finanziert, wenn Körbchengröße A nach DIN nicht erreicht wurde.

Genitalangleichende Operationen setzen Alltagserfahrungen mit therapeutischer Begleitung im Umfang von mindestens 12 Monaten voraus.

Andere geschlechtsangleichende Maßnahmen (zum Beispiel Kehlkopfverkleinerung, operative Stimmlagenkorrektur, Rippenresektion, Gesichtsfeminisierung) sind nicht grundsätzlich von der Leistungspflicht ausgeschlossen, erfordern jedoch eine eingehende Begründung sowie eine Abgrenzung zu kosmetischen Behandlungen.

Als technische Hilfsmittel kommen Haarersatz/Perücken sowie Brustbandagen und Brustgürtel nach Brustoperationen gemäß Hilfsmittelverzeichnis der GKV in Frage. Die Kostenübernahme für Penis-Hoden-Epithesen bedarf einer Einzelfallbegründung.

Obligate Unterlagen für den Kostenübernahmeantrag:

- konkrete Benennung der beantragten Maßnahme(n),
- psychiatrisch-psychotherapeutische Indikation unter anderem mit Angaben hinsichtlich psychosozialer Stabilität und der Fähigkeit zur realistischen Einschätzung der angestrebten Behandlung(en),
- somatische Indikation einschließlich Nachweis der Aufklärung,
- ausführlicher psychiatrischer/psychotherapeutischer Befund- und Verlaufsbericht einschließlich Anamnese, Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Angaben zu begleitenden psychischen Störungen, konkreter Schilderung des krankheitswertigen Leidensdrucks und Angaben zu Alltagserfahrungen,
- Befundberichte zu somatischen Untersuchungsergebnissen (endokrinologische und genetische, gegebenenfalls auch gynäkologische und urologische Befunde).

Die MDS-BGA ist hier zu finden: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen\\_GKV/BGA\\_Transsexualismus\\_201113.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf)

Dr. W. Ettmeier/Dr. P.-C. Vogel, Kompetenzzentrum Transsexualität München ([www.qz-ts-muc.de](http://www.qz-ts-muc.de))

infrage kommenden Differenzialdiagnose besteht die Möglichkeit, dass es sich lediglich um eine zusätzliche Diagnose handelt. Sie schließt insofern nicht automatisch eine Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie aus.“ Es wird, nach Literaturrecherche evidenzbasiert, davon ausgegangen, dass ein bedeutsamer Anteil der Behandlungssuchenden keine weiteren psychischen Störungen hat.

Sollten allerdings in Komorbidität psychotische Störungen vorliegen, so sind folgende, evidenzbasierte Empfehlungen mit Evidenzgrad III von Bedeutung: „Bei nicht diagnostizierten oder nicht adäquat behandelten psychischen Störungen kann es zum Bedauern der Entscheidung für modifizierte Behandlungen der körperlichen Geschlechtsmerkmale kommen.“ Deshalb wird empfohlen: „Psychotische Störungen sollen zunächst einer adäquaten Therapie zugeführt werden, bevor Geschlechtsinkongruenz und/oder Geschlechtsdysphorie diagnostiziert wird.“

Für begleitende psychische Störungen wird folgende, konsensbasierte Behandlungsempfehlung gegeben: „Sowohl reaktive, als auch unabhängige psychische Störungen sollten bis zur Remission parallel zur Behandlung der Geschlechtsdysphorie adäquat psychotherapeutisch und/oder psychopharmakologisch behandelt werden.“

### Voraussetzungen für somatische Behandlungen

Zentral sind die Änderungen bei den Voraussetzungen für den Beginn somatischer Behandlungen. Während bisher nach den geltenden Standards Zeitraster erfüllt werden müssen, was im Rahmen der Beurteilung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen immer noch gilt, werden in der vorliegenden Leitlinie konsensbasiert individualisierte Behandlungspfade empfohlen, die wie folgt formuliert sind: „Modifizierende Behandlungen körperlicher Geschlechtsmerkmale sind für Trans\*-Personen, die körpermodifizierte Behandlungen in Anspruch nehmen wollen, die Therapie der ersten Wahl“ (konsensbasierte Empfehlung).

Weder Psychotherapie noch Alltagserfahrungen/Transitionserfahrungen wer-

den als unbedingt notwendige Voraussetzungen für den Beginn somatischer Therapien gefordert. In der Leitlinie wird bewusst auf zeitliche Fristen verzichtet. Dies gilt sowohl für Hormontherapie, als auch für geschlechtsanpassende Operationen.

Zu den Alltags-/Transitionserfahrungen werden folgende, konsensbasierte Empfehlung mit starkem Konsens gegeben: „Alltagserfahrungen mit dem Wechsel von der bisherigen Geschlechtsrolle in eine andere stellen keine notwendige Voraussetzung für den Beginn Körper modifizierender Behandlungen zur Unterstützung einer Transition dar“. Gleichzeitig wird aber auf den potenziellen Nutzen von Alltags-/Transitionserfahrungen hingewiesen: „Alltagserfahrungen, bei denen sich Behandlungssuchende in der gewünschten Rolle erfahren, können aufschlussreich für die weitere Transition, für Entscheidungen für oder gegen transitionsunterstützende Behandlungen sowie für die Wahl der geeigneten Zeitpunkte sein“ (konsensbasierte Empfehlung).

Ein gewisser Dissens zu den konsensbasierten Empfehlungen kommt in dem folgenden, evidenzbasierten Statement Evidenzgrad III mit zum Ausdruck: „Für eine voll informierte soziale und medizinische Transition sind möglichst vielfältige Alltagserfahrungen zu empfehlen. Es sollte sich um ein individualisiertes Vorgehen handeln, das bei Vorliegen einer Indikation mit Beginn beispielsweise einer Hormonbehandlung, einer Entfernung einer Gesichtsbehaarung oder einer Mastektomie einhergehen kann. Rücksicht genommen werden sollte auf Diskriminierungspotenziale.“

### Bedeutung der Psychotherapie

Eine wesentliche Rolle spielt die psychotherapeutische Begleitung der Behandlungssuchenden, die nach aktuellem wissenschaftlichem Standard affirmativ durchgeführt wird, das heißt, die selbst definierte Geschlechtsidentität nicht per se infrage stellt, jedoch durchaus Differenzialdiagnostik erlaubt. Dazu wurden folgende, konsensbasierte Empfehlungen formuliert: „Psychotherapie soll nicht ohne spezifische Indikation angewandt und keinesfalls als Voraussetzung für körpermodifizierende Behandlungen

gesehen werden. Die Indikation ist nach den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zu stellen.“

Des Weiteren folgt das evidenzbasierte Statement mit Evidenzgrad III: „Psychotherapie kann zur Minderung der Geschlechtsdysphorie, zum Beispiel durch eine Förderung der Selbstakzeptanz, der Bewältigung negativer Gefühle und eine Unterstützung bei der Identitätsentwicklung beitragen.“

Ausführlich werden die Ziele begleitender Psychotherapie umschrieben: „Psychotherapie soll Trans\*-Personen im Bedarfsfall angeboten werden. Ziele einer Psychotherapie können sein: Förderung von Selbstakzeptanz, Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit, Bewältigung von Scham- und Schuldgefühlen sowie von internalisierter Trans\*-Negativität, Unterstützung der Identitätsentwicklung, Reflexion und Bearbeitung möglicher Erfahrungen und Konflikte in einer anderen Geschlechtsrolle, Unterstützung des Coming-out-Prozesses, insbesondere bei familiären und partnerschaftlichen Problemen, Unterstützung bei anderen familiären oder partnerschaftlichen Problemen, Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit der eigenen Elternrolle, Bearbeitung der Auswirkungen der Reaktionen anderer (Trans\*-Negativität und Trans\*-Feindlichkeit), Unterstützung bei einer Entscheidung über körpermodifizierte Behandlungen, Unterstützung nach körpermodifizierten Behandlungen, Unterstützung andauernder Geschlechtsdysphorie.“

Als therapeutisches Ziel körpermodifizierender Behandlungen wird die Linderung des Leidensdrucks genannt. Für alle körpermodifizierenden Behandlungen gilt, dass die Diagnose gesichert sein muss, andererseits wird für alle körpermodifizierenden Behandlungen keine Verpflichtung zur Psychotherapie formuliert, und Alltags-/Transitionserfahrungen werden nicht gefordert.

Neben feminisierenden und maskulinisierenden operativen Eingriffen werden in der Leitlinie auch die Voraussetzungen für Phono-chirurgie, Adamsapfelkorrektur und gesichtsfeminisierende Operationen definiert. Für die Indikation Letzterer besteht aber noch ein erheblicher Bedarf an Forschung und Konkre-

tisierung, sowohl die Indikation als auch die Durchführung betreffend.

Offen ist hier auch, inwieweit solche Behandlungsschritte sozialrechtlich als Krankenbehandlung eingestuft werden.

### Schlussfolgerung für den praktizierenden Psychiater

Die vorliegende Leitlinie stellt durch ihren psychosozialen Schwerpunkt und die Besonderheiten der Kategorie Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie im Hinblick auf deren Krankheitswert eine Besonderheit im Kanon der Leitlinien dar. Es ist zweifellos gelungen, einerseits umfassend die zur Verfügung stehende wissenschaftliche Literatur zu berücksichtigen, andererseits auch die gesellschaftliche Dimension im Auge zu behalten. Wie oben beschrieben, kommen die in diesem Spannungsfeld auftretenden Dissensen in der Leitlinie zum Ausdruck.

Inhaltlich stellt die Leitlinie – insbesondere auch in den Hintergrundtexten – umfassende Informationen zur Verfügung, zudem gibt sie aber auch klare Orientierungspunkte für die psychiatrische Praxis. Die Langfassung ist auf jeden Fall für Kollegen zu empfehlen, die im Rahmen ihrer Sprechstundentätigkeit auch sexualmedizinisch orientiert arbeiten, die inzwischen auch zur Verfügung stehende Kurzfassung für diejenigen, die sich zunächst informieren wollen oder in ihrer Sprechstunde mit einer Behandlung suchenden Person konfrontiert sind, die die Frage der Geschlechtsidentität thematisiert.

Zu berücksichtigen sind Limitationen dahingehend, dass sich die Leitlinie nicht zur Technik somatischer Therapien äußert, was Aktivitäten der entsprechenden Fachgesellschaften überlassen wird (z. B. Deutsche Gesellschaft für Urologie, Deutsche Gesellschaft der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgie).

Limitierungen ergeben sich auch daraus, dass beispielsweise im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung noch andere Standards gelten, als die in der Leitlinie formulierten.

Am 31. August 2020 veröffentlichte der MDS eine neue Fassung der Begutachtungsanleitung (MDS-BGA) bei Transsexualität. Diese aktuelle MDS-

BGA weicht in einigen Punkten deutlich von der AWMF-S3-Behandlungsleitlinie ab, beruft sich weiterhin auf ICD-10 sowie die World Professional Association for Transgender Health Standards of Care (WPATH SoC) 2012 und berücksichtigt nicht die diagnostischen Kategorien des DSM-5. Die wesentlichen Grundsätze der MDS-BGA 2020 sind in der **Übersicht** auf Seite 47 zusammengefasst.

Spannend wird sein, welche Folgen die diagnostische Kategorisierung im kommenden ICD-11 sozialrechtlich haben wird.

### Literatur

1. Spiewak M. Transsexualität. Vom Recht, anders zu sein. Zeit online 2020 Mai 19; <https://www.zeit.de/2020/22/transsexualitaet-igbtq-geschlechtswechsel-gender>; abgerufen am 16.12.2020
2. Wiepjes CM et al. The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015), trends in prevalence, treatment and regrets. *J Sex Med* 2018;15:582–90
3. Åhs JW et al. Proportion of adults in the general population of Stockholm country who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One* 2018;13:e0204606
4. Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Register-Nr. 138-001. Stand: 22.2.2019; Version: 1.1; [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/138-001\\_S3\\_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung\\_2019-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-001_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf); abgerufen 17.12.2020
5. Becker S et al. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Z Sexualforsch* 1997;10:147–56
6. Nieder TO, Strauß B. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie/Trans\*-Gesundheit. Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. *Z Sexualforsch* 2019;32:70–9

### AUTOR

**Dr. med. Peter-Christian Vogel**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Agnesstraße 14  
80798 München

E-Mail: [praxcvogel@aol.com](mailto:praxcvogel@aol.com)



Hier steht eine Anzeige.

